

CARTAS A LA DIRECTORA

Incidentes de seguridad y errores de medicación relacionados con la continuidad asistencial. Comentarios sobre un análisis descriptivo en un sistema de notificación de incidentes



Safety incidents and medication errors related to continuity of care. Descriptive analysis on safety reporting system

Sra. Directora:

La evolución continua de las ciencias de la salud no solo ha llevado a grandes cambios tecnológicos, sino que también se han realizado diversas reestructuraciones del sistema con, a su vez, distintas variaciones entre cada legislación, conformando estructuras cada vez más complejas con la meta de afrontar todas las necesidades de la población.

La continuidad asistencial es el enlace fundamental para lograr la concertación de todos los elementos que componen el sistema de salud, con el objetivo de brindar la atención adecuada sin que se produzcan conflictos o interrupciones que perjudiquen a los pacientes, siendo así prioritaria para la seguridad del paciente. Existen múltiples estudios que reflejan el impacto de los errores en la atención sanitaria, sin embargo, en su mayoría se limitan al ámbito hospitalario (AH)^{1,2}. La adaptación de estos modelos a la atención primaria ha dejado en evidencia que en este sector también existen múltiples errores que conllevan eventos adversos que en su mayoría pueden ser evitables^{3–5}.

Los sistemas de notificación y registro de incidentes constituyen una parte importante para la estrategia de promoción y prevención de la seguridad del paciente, siendo CISEMadril una aplicación en la que los profesionales del Servicio Madrileño de Salud pueden canalizar todos los incidentes relacionados con la atención sanitaria. Es de carácter voluntario y confidencial, y permite conocer las circunstancias que contribuyen a la aparición de errores, siempre planteando alternativas o soluciones para cada uno de ellos.

En el año 2019 se notificaron 3.557 incidentes de seguridad y errores de medicación en atención primaria, de los

cuales 788 (22,2%) fueron incidentes de seguridad y errores de medicación relacionados con la continuidad asistencial.

La frecuencia de identificación del tipo de incidentes se muestra en la [tabla 1](#).

Los errores de prescripción en AH son los incidentes más frecuentemente notificados relacionados con la continuidad asistencial, lo que es consistente con los datos que se tienen en estudios previos que abordan en general este tipo de errores^{3–5}. En este estudio, además, se logra discernir que esa frecuencia relacionada con el proceso de prescripción es de gran relevancia, representando el 23,9% de los incidentes relacionados con la continuidad asistencial dentro del sistema de salud madrileño. Además, se pudo ampliar que el daño potencial asociado a este tipo de incidente en relación con su frecuencia es el predominante en nuestra muestra.

Las discrepancias entre prescripción electrónica y el informe en AH (18,3%), incidentes de seguridad en pruebas diagnósticas (14,1%) y conciliación (13,3%) son los procesos subsecuentes con mayor frecuencia y daño potencial, por lo cual cabe esperar que en sistemas con cada vez mayor complejidad sean puntos en los cuales se deben de adoptar prácticas, con estandarización de procesos y barreras tanto informáticas como de procedimientos de trabajo que puedan disminuir este tipo de incidentes. La gravedad potencial en el caso de las discrepancias fue mucho menor en relación con otros procesos.

Los fármacos asociados a los errores de medicación relacionados con prescripción y conciliación con daño potencial importante fueron la vitamina D y los anticoagulantes, relacionados con los efectos tóxicos de la primera por error de las dosis o el control estrecho que se necesita para evitar reacciones adversas del segundo.

Como conclusión, los incidentes relacionados con la continuidad asistencial más frecuentemente notificados fueron los errores de prescripción en AH y las discrepancias entre la prescripción electrónica y el informe en AH. Los que tuvieron mayor daño potencial fueron los errores de prescripción, seguidos de los errores en pruebas diagnósticas.

Por ello es importante disponer de un sistema de ayuda a la prescripción asociado al sistema de prescripción electrónico que permita detectar errores de dosis, interacciones, contraindicaciones y alergias para así poder evitar estos eventos, así como sistemas de alerta ante resultados críticos en pruebas diagnósticas.

Tabla 1 Distribución de los incidentes de seguridad y errores de medicación relacionados con continuidad asistencial. Atención Primaria, Madrid 2019

Con daño moderado-grave				
Tipo de incidente de seguridad o error de medicación	n	%	n	%
Errores en la prescripción en AH	188	23,9	44	35,2
Discrepancia entre prescripción electrónica y el informe en AH	144	18,3	6	4,8
Incidentes de seguridad en pruebas diagnósticas	111	14,1	19	15,2
Errores de conciliación de medicación	105	13,3	15	12,0
Errores de dispensación de medicación	43	5,5	5	4,0
Errores de medicación cometidos por el paciente	34	4,3	2	1,6
Errores administración de medicamentos en AH	33	4,2	4	3,2
Error en el alta hospitalaria	32	4,1	3	2,4
Otros	28	3,6	9	7,2
Problemas con transporte sanitario	19	2,4	8	6,4
Errores en el sistema de prescripción electrónica (MUP)	19	2,4	4	3,2
Errores de identificación del paciente	13	1,7	0	0,0
Comunicación entre AP y AH	6	0,8	0	0,0
Demora de la cita	4	0,5	1	0,8
Cita generada en AH	3	0,4	1	0,8
Urgencias y emergencias	2	0,3	1	0,8
Cita generada en AP	1	0,1	1	0,8
Error de medicación	1	0,1	1	0,8
Error de medicación (visado de inspección)	1	0,1	1	0,8
Medicación EMP	1	0,1	0	0,0
Total	788		125	

Agradecimientos

A la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS por facilitar el acceso a los datos. A los profesionales de Atención Primaria por notificar y generar esta información analizable.

Financiación.

No se ha recibido financiación.

Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
2. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Carrillo I, Mira JJ, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. Aten Primaria. 2020;52:705–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.008>.
5. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvi-lla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. BMJ Qual Saf. 2016;25:544–53, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>.

M. Serrano Pareja, M.D. Espejo Mambie
y G. Garzón González*

Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardo.garzon@salud.madrid.org
(G. Garzón González).

Disponible en Internet el 24 de junio de 2022